CONFIDENCIAL

CARE-100 S

ABOGADO O SOLICITANTE SIN ABOGADO	NÚM. DEL COLEGIO DE ABOGADOS:	*SOLO PARA USO DE LA CORTE*
NOMBRE: NOMBRE DE LA FIRMA: DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓD. POSTAL: TELÉFONO: FAX: EMAIL: ABOGADO DE *(nombre)*:		***Solo para información*** ***No entregue a la corte***
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN: DIRECCIÓN POSTAL: CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE SUCURSAL:		
PROCESO DE LA LEY CARE PARA *(nombre)*: DEMANDADO		
PETICIÓN PARA INICIAR UN PROCESO DE LA LEY CARE		NÚMERO DE CASO: ***No entregue a la corte***

Para obtener información sobre cómo completar este formulario, vea *Información para los solicitantes—Acerca de la Ley CARE* (formulario CARE-050-INFO), visite la página web de la Ley CARE en el sitio web de ayuda en https://selfhelp.courts.ca.gov/es/ley-care o comuníquese con el centro de ayuda de su corte. Para encontrar la ubicación y el horario del centro de ayuda, haga clic en https://selfhelp.courts.ca.gov/es/self-help/find-self-help.

1. **Yo *(escriba su nombre aquí)***:
   solicito a la corte que determine que *(nombre de la persona para la que desea recibir servicios, que es el demandado):*

   es elegible para participar en el proceso de la Ley CARE. El demandado nació el *(fecha de nacimiento, si la sabe):* o
   No sé la fecha de nacimiento del demandado, pero tiene *(edad aproximada, en años):* años.

2. Tengo al menos 18 años y soy *(marque todas las categorías que correspondan a su caso):*
   - a. ☐ una persona que vive con el demandado
   - b. ☐ un cónyuge o pareja de hecho registrada, padre o madre, hermano/a, hijo/a o abuelo/a del demandado
   - c. ☐ una persona autorizada a actuar en lugar de uno de los padres para el demandado
   - d. ☐ el director de la agencia de salud conductual de este condado*
   - e. ☐ un profesional autorizado de la salud conductual que está o ha estado, en los últimos 30 días, tratando o supervisando el tratamiento del demandado*
   - f. ☐ el director de un hospital donde está hospitalizado el demandado*
   - g. ☐ el director de una organización pública o benéfica, agencia u hogar
     - (1) ☐ que presta o ha prestado, en los últimos 30 días, servicios de salud conductual al demandado*; o
     - (2) ☐ en cuya institución reside el demandado*
   - h. ☐ el demandado
   - i. ☐ un primer interviniente, incluido un agente del orden público, bombero, paramédico, técnico de emergencias médicas, trabajador de respuesta móvil ante crisis o trabajador de alcance comunitario para personas sin hogar, que ha tenido repetidas interacciones con el demandado
   - j. ☐ el tutor público de menores o de adultos de este condado*
   - k. ☐ un tutor o tutor propuesto remitido por un proceso conforme a la sección 5350 del Código de Bienestar e Instituciones
   - *l.* ☐ el director de los servicios de protección de adultos de este condado*
   - m. ☐ el director de un programa de servicios de salud para indígenas de California o de un departamento de salud conductual tribal que, en los últimos 30 días, ha proporcionado o está proporcionando actualmente servicios de salud conductual al demandado*
   - n. ☐ un juez de una corte tribal de California ante el cual el demandado ha comparecido en los últimos 30 días*

   ** Si usted está en una de las categorías de arriba seguida por un *, puede designar a alguien para que presente la solicitud en su nombre. Si usted fue nombrado para presentar una petición por una persona de una categoría seguida por un *, marque esa categoría y ponga **su** nombre arriba.*

3. He interactuado con el demandado de la siguiente manera *(describa cuándo (ponga la fecha) fue la última vez que lo vio y qué pasó cuando interactuó con el demandado):*

☐ Si necesita más espacio para su respuesta, adjunte una hoja con el título "Attachment 3" (Adjunto 3).

PROCESO DE LA LEY CARE PARA *(nombre)*: ***Solo para información*** DEMANDADO	NÚMERO DE CASO: ***No entregue a la corte***

4. a. El demandado vive o se ubicaba por última vez en *(indique la dirección del demandado si existe y la sabe, incluido un apartado postal donde recibe correo; de lo contrario, describa dónde vive el demandado, el último lugar donde se alojaba o los lugares donde frecuentemente se lo encuentra):*

   b. La demás información de contacto del demandado *es:*
   (número de teléfono, si tiene): El demandado ☐ responde ☐ no responde a mensajes de texto.
   (email, si tiene):

   c. Creo que las mejores formas de contactar al demandado son *(marque todas las que correspondan):*
   (1) ☐ visitándolo en persona
   (2) ☐ llamándole por teléfono
   (3) ☐ enviándole mensajes de texto
   (4) ☐ enviándole un email
   (5) ☐ por correo postal
   (6) ☐ otro *(describa)*:

   d. ☐ El demandado necesita ayuda para ☐ leer ☐ oír o entender ☐ hablar inglés.
   El idioma preferido del demandado es *(especifique uno o más idiomas):*

5. El demandado *(marque "a" o "b"; si marca b, también tiene que marcar (1) o (2)):*
   a. ☐ Es residente del condado en el que se presenta esta petición.
   b. ☐ No es residente del condado en el que se presenta esta petición.
   El condado de residencia del demandado es *(si lo sabe):*
   (1) ☐ El demandado se encuentra en el condado en el que se presenta esta petición.
   (2) ☐ El demandado es un acusado o demandado en un proceso penal o civil pendiente en la corte superior del condado en el que se presenta este caso.

6. Las pruebas que respaldan esta petición incluyen *(tiene que marcar y proporcionar al menos una de las siguientes)*:
   a. ☐ La declaración de un profesional autorizado de la salud conductual (formulario CARE-101), adjunta y con el título "Attachment 6a" (Adjunto 6a).
   b. ☐ Una declaración o documentos que muestren que el demandado ha sido hospitalizado dos o más veces para tratamiento involuntario y que la estadía hospitalaria involuntaria más reciente terminó hace menos de 60 días.

   Nota: El uso en este formulario de "tratamiento involuntario" se refiere únicamente a una retención de 14 días autorizada por el Código de Bienestar e Instituciones, sección 5250. **No** se refiere a tratamientos autorizados por otros estatutos, incluidos, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones, secciones 5150, 5260, 5270.15 y 5270.70.

   (Si marcó 6b arriba, marque (1) y proporcione la siguiente información o marque (2) y adjunte los documentos, o haga ambas cosas).
   (1) ☐ Sé personalmente que se hospitalizó al demandado para recibir tratamiento involuntario. *(Describa lo que pasó en cada ocasión y explique cómo lo supo).*

   (2) ☐ He adjuntado documentos que muestran que se hospitalizó al demandado dos o más veces para tratamiento involuntario y he titulado los documentos "Attachment 6b1, 6b2, 6b3, etc" (Adjunto 6b1, 6b2, 6b3, etc). *(Incluya, por ejemplo, su propia declaración firmada (solo si tiene conocimiento personal del tratamiento involuntario del demandado), copias de certificaciones de tratamiento intensivo, declaraciones firmadas por personas que presenciaron el tratamiento involuntario del demandado u otros registros).*

PROCESO DE LA LEY CARE PARA *(nombre)*:	NÚMERO DE CASO:
Solo para información DEMANDADO	***No entregue a la corte***

7. Hasta donde sé, el demandado cumple cada uno de los siguientes requisitos:

☐ *Marque aquí si toda la información solicitada en los puntos 7a a 7f está incluida en el formulario CARE-101. Si es así, puede omitir el resto de esta pregunta, si lo desea. En caso contrario, explique abajo.*

Nota: Algunos detalles que ponga en los puntos 7a a 7f pueden coincidir. Si nota que se está repitiendo, puede decir que ya dio la información e indicar dónde la dijo antes.

a. El demandado tiene un diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico de la misma clase o trastorno bipolar I con características psicóticas, excepto una psicosis relacionada con una intoxicación actual, según se define en el actual *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.(Explique a continuación):*

b. El demandado padece actualmente un trastorno mental grave, como se define en el Código de Bienestar e Instituciones, sección 5600.3(b) (2), ya que el trastorno:

(1) es grave en grado y persistente en duración;

(2) puede causar o ha causado un comportamiento que interfiere sustancialmente con las actividades primarias de la vida diaria del demandado, ***y***

(3) puede resultar o ha resultado en la incapacidad del demandado para mantener un ajuste estable y un funcionamiento independiente sin tratamiento, apoyo y rehabilitación durante un periodo largo o indefinido.

(Describa a continuación la gravedad, la duración y los efectos del trastorno mental del demandado):

c. El demandado no está actualmente estabilizado clínicamente en un tratamiento voluntario en curso. Un demandado está clínicamente estabilizado en un tratamiento en curso si se cumplen las dos situaciones siguientes:

(1) la condición del demandado es estable y no se está deteriorando, y

(2) el demandado está actualmente en tratamiento y está manejando sus síntomas con medicamentos u otras intervenciones terapéuticas.
(Describa a continuación la condición actual del demandado y cualquier tratamiento en curso):

d. Al menos una de las siguientes declaraciones es cierta *(complete (1) o (2) o ambas)*:

(1) ☐ Es poco probable que el demandado sobreviva de forma segura en la comunidad sin supervisión ***y*** su condición se está deteriorando sustancialmente. *(Explique por qué es poco probable que el demandado sobreviva de forma segura en la comunidad, describa el tipo de supervisión que necesitaría para sobrevivir de forma segura y describa cómo ha empeorado recientemente su estado físico o mental):*

PROCESO DE LA LEY CARE PARA *(nombre)*: ***Solo para información*** DEMANDADO	NÚMERO DE CASO: ***No entregue a la corte***

7. d. (2) ☐ El demandado necesita servicios y apoyos para evitar una recaída o un deterioro que podría llevar a una discapacidad grave o a causar daños graves al demandado o a otras personas. *(Describa los servicios y apoyos que necesita el demandado y explique por qué sin ellos el demandado quedaría gravemente discapacitado o presentaría un riesgo de daño para sí mismo o para los demás):*

e. La participación en un plan CARE o en un acuerdo CARE sería la alternativa menos restrictiva necesaria para asegurar la recuperación y la estabilidad del demandado. *(Explique por qué ningún otro plan de tratamiento menos restrictivo funcionaría tan bien para el demandado):*

f. Es probable que el demandado se beneficie de la participación en un plan CARE o un acuerdo CARE porque *(explique a continuación):*

8. **OPCIONAL: Otra información** *(si corresponde, marque cualquiera de las siguientes afirmaciones que sea cierta y proporcione la información solicitada si la sabe):*

a. ☐ El demandado necesita servicios de interpretación o una modificación por discapacidad. *(Si lo sabe, describa lo que necesita):*

b. ☐ El demandado es atendido por un centro regional. *(Si lo sabe, indique el nombre del centro y los servicios que le presta):*

c. ☐ El demandado es o ha sido miembro de las fuerzas armadas estatales o federales o de las reservas. *(Si lo sabe, indique el nombre de la rama):*

d. ☐ El demandado es miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal. *(Si lo sabe, indique el nombre y dirección postal de la tribu):*

e. ☐ El demandado está recibiendo servicios de un programa de servicios de salud para indígenas de California, un departamento de salud conductual tribal de California o una corte tribal de California. *(Si lo sabe, indique el nombre y dirección postal del programa, departamento o corte):*

PROCESO DE LA LEY CARE PARA *(nombre)*:	NÚMERO DE CASO:
Solo para información DEMANDADO	***No entregue a la corte***

8. f. ☐ El demandado se encuentra dentro de la jurisdicción de dependencia, delincuencia o transición de una corte de menores. *(Si lo sabe, indique lo siguiente):*
   (1) corte:
   (2) número de caso:
   (3) el abogado del demandado en un proceso de la corte de menores *(nombre):*
   (dirección postal):
   (número de teléfono): *(email):*

   g. ☐ El demandado tiene un tutor nombrado por la corte. *(Si lo sabe, indique lo siguiente):*
   (1) corte:
   (2) número de caso:
   (3) el abogado del demandado en un proceso de tutela de adulto *(nombre):*
   (dirección postal):
   (número de teléfono): *(email):*

9. **Remisión de la corte** *(complete este punto solo si corresponde; si no sabe alguna de la información solicitada, deje esa parte en blanco):*

☐ Esta petición se presenta en respuesta a una remisión del demandado de otro proceso de la corte.

a. Corte, departamento y funcionario judicial:

b. Número de caso:

c. Tipo de proceso del cual fue remitido el demandado *(marque una):*
   (1) ☐ acto procesal de competencia mental que surge de un proceso penal (Código Penal, §§ 1370, 1370.01)
   (2) ☐ tratamiento ambulatorio asistido (Código de Bienestar e Instituciones, §§ 5346-5348)
   (3) ☐ tutela de adulto conforme a la Ley de Lanterman-Petris-Short (Código de Bienestar e Instituciones, §§ 5350-5372)

d. ☐ La orden de remisión se adjunta con el título “Attachment 9” (Adjunto 9) *(opcional)*.

e. El abogado del demandado en el procedimiento del cual se hizo la remisión *(nombre):*
(dirección postal):
(número de teléfono): *(email):*

10. Número de páginas adjuntas: _____

Fecha:

▶ _____
Escriba a máquina o en letra de molde el nombre del abogado, si lo hay

▶ _____
Firma del abogado, si lo hay

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha:

▶ ***Solo para información***
Escriba a máquina o en letra de molde el nombre del solicitante

Firma del solicitante

Para su protección y privacidad, presione el botón «Borrar» después de imprimir el formulario.

Imprimir Guardar Borrar